

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

N° 209.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 juillet 1838,

Par CHARLES-VICTOR POIRSON, de Beaufremont

(Vosges).

I. — De la quantité d'urine sous le point de vue séméiologique; de la coloration de ce liquide sous le même point de vue.

II. — Des différentes espèces de tumeurs des joues, et de leur traitement.

III. — Des lois qui président à la distribution des nerfs dans les muscles.

IV. — Donner la description des vers vésiculaires généralement désignés sous le nom d'*hydatides*.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

1838. — N° 209.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Président.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE), Examinateur.
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS, Examinateur.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD.
GUILLOT.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Leur dévouement et leurs généreux sacrifices m'ont attaché à eux par les liens d'une reconnaissance sans bornes; puissent-ils en voir ici le premier gage!

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SOEUR AINÉE.

Amitié et reconnaissance.

C.-V POIRSON.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

De la quantité d'urine sous le point de vue séméiologique ; de la coloration de ce liquide sous le même point de vue.

L'urine est la seule, de toutes nos sécrétions, qui puisse être entièrement livrée à nos recherches en tout temps, en toute circonstance; aussi a-t-elle été l'objet d'une foule d'observations de la part des médecins de tous les âges.

Les nombreuses modifications qu'elle peut subir, par la diminution ou l'augmentation de ses propres éléments, ou par l'addition d'éléments étrangers, ont surtout attiré l'attention des observateurs.

En effet, si l'on examine l'homme ingérant dans son tube digestif une grande quantité de boissons et d'aliments divers, si l'on porte ses regards sur cette foule de substances qui sont sans cesse absorbées par les voies respiratoires et cutanées, et qui, pour la plupart, sont rejetées par les urines, on pourra se faire une idée de la grande diversité d'aspect, de quantité, de composition, que doit présenter ce liquide. Cependant, si nous nous arrêtions là, nous ne verrions les choses qu'à l'état normal, et la science de l'homme souffrant n'en tirerait aucun profit. Mais si l'on considère que presque aucune cause perturbatrice ne peut agir sur le physique ni sur le moral de l'homme, sans modi-

fier l'urine, qu'il n'est presque aucune des nombreuses maladies auxquelles il est en proie, qui ne produise des changements dans ce liquide, on sentira toute l'importance que peut avoir son observation attentive sous le point de vue du diagnostic.

Cependant il ne faudrait pas croire que, par la seule observation de l'urine, il soit possible d'arriver à la connaissance d'un grand nombre de maladies : il n'y a guère que l'ignorance et la mauvaise foi qui puissent avoir de telles prétentions; mais les signes qu'elle donne, réunis à d'autres, permettent d'asseoir un diagnostic certain. Avant d'entrer dans l'étude des signes que fournit l'urine, sous le point de vue de sa quantité et de sa coloration à l'état normal, je crois qu'il est utile d'examiner rapidement les modifications que peuvent subir ces deux qualités de ce liquide dans l'état de santé.

La couleur de l'urine varie depuis la teinte légèrement citrine jusqu'au jaune rougeâtre; elle offre une teinte un peu plus foncée chez les individus bruns, d'un tempérament bilieux. Sa quantité varie en raison d'une multitude de circonstances : les enfants urinent plus que les jeunes gens; ceux-ci, moins que les vieillards. La femme retient plus longtemps son urine que l'homme, et en sécrète davantage. Ce liquide augmente pendant les saisons froides, brumeuses, et par l'usage des boissons alcooliques et aqueuses; sa sécrétion est plus abondante dans les climats où dominent les deux qualités atmosphériques dont nous venons de parler, que dans ceux qui en possèdent d'opposées.

Nous ajouterons encore que certaines substances végétales ou minérales peuvent donner à l'urine une coloration particulière, qui pourrait induire en erreur, si l'on n'était prévenu. Ainsi elle est noire chez les personnes qui font usage de casse et de préparations martiales, rouge chez celles qui font usage de bouillon d'oseille, de racine de fraisier, de garance, de betterave rouge : elle peut aussi présenter cette coloration chez certaines femmes réglées, par le mélange du sang avec l'urine; elles sont jaunes, enfin, chez celles qui prennent de la rhubarbe.

L'urine présente de grandes différences, sous le rapport de sa quan-

tité, chez l'homme malade, et on peut l'envisager sous trois points de vue: il est des cas où elle est augmentée, d'autres où elle est diminuée, et d'autres, enfin, où elle est supprimée.

Parmi les maladies dans lesquelles la quantité de l'urine est augmentée, le diabète vient se placer au premier rang. Sa quantité est ordinairement chaque jour de dix à vingt livres : mais elle est quelquefois beaucoup plus considérable, et des observateurs l'ont vue s'élever jusqu'à cinquante, soixante livres, et même à des quantités beaucoup plus considérables encore. Ce symptôme est quelquefois l'unique dans cette maladie. L'urine des diabétiques ne diffère pas seulement par la quantité de l'urine de l'homme sain, elle en diffère encore par les éléments. Ainsi, dans certains cas, elle peut être composée de sucre et d'une certaine quantité d'hydrochlorate de soude. On y remarque alors à peine de l'urée et de l'acide urique, et elle contient très-peu de sulfates et de phosphates. Dans quelques circonstances l'urine contient tous ses éléments auxquels le sucre est seulement ajouté. La couleur de ce liquide dans cette maladie est communément pâle, aqueuse, semblable à du petit-lait clarifié; quelquefois cependant elle est louche, blanchâtre. Dans un cas observé par Dupuytren, elle était louche et sensiblement jaune. La quantité de l'urine est aussi augmentée dans le frisson des fièvres intermittentes elle est alors limpide et incolore; elle est augmentée aussi dans quelques maladies nerveuses. En général, elle est abondante et peu colorée dans toutes les maladies asthéniques.

Il est un assez grand nombre de maladies qui diminuent la quantité de l'urine. Dans le cours des maladies aiguës, et principalement inflammatoires, les urines sont ordinairement moins abondantes, surtout lorsqu'il y a des sueurs, de la diarrhée, ou qu'il se forme des collections séreuses; à l'état morbide comme à l'état physiologique, les sécrétions se suppléent, et l'urine est en proportion inverse des autres sécrétions. C'est un phénomène défavorable que, dans le cours des maladies aiguës, l'urine soit rendue en petite quantité et avec dou-

leur. Les hydropiques en rendent quelquefois très-peu : elle est alors trouble et rougeâtre, et dépose une grande quantité d'un sédiment blanc et rouge. Landré-Beauvais a observé que lorsqu'à la suite des éruptions scarlatineuses et des inflammations de poitrine les urines sont rares, il faut craindre l'anasarque et l'hydrothorax.

Ce liquide peut être supprimé dans certains cas : l'inflammation des reins, le choléra asiatique, en ont offert des exemples. On peut aussi observer une différence dans la quantité des urines aux diverses périodes des maladies, et il n'est pas rare de les voir augmenter vers la fin de ces dernières.

Nous avons déjà dit qu'il n'était guère possible qu'il y eût quelque dérangement dans l'économie sans modification de l'urine : ainsi rien n'est plus fréquent que ses changements de couleur. Ces changements, qui peuvent dépendre de plusieurs causes, nous permettent d'envisager la coloration de ce liquide sous deux points de vue : dans le premier cas, il y a modification dans la couleur de l'urine, parce qu'il y a changement dans ses propres éléments; dans le second, la coloration de ce liquide tient à l'addition d'éléments étrangers.

Dans tous les cas où la fièvre existe, les urines sont rouges. Ordinairement cette couleur est d'autant plus foncée, que la fièvre est plus violente; tantôt c'est un rouge assez clair, d'autres fois c'est un rouge de feu.

Dans les cas, au contraire, où le pouls n'est pas accéléré, et où l'individu ne présente pas les autres phénomènes de l'appareil fébrile, les urines sont pâles, limpides, ténues: c'est ce que l'on a observé dans les affections nerveuses. Les affections du foie et des voies biliaires impriment à ce liquide diverses colorations qu'il importe de connaître. Elle est safranée dans l'ictère, jaune dans les fièvres bilieuses; dans les cas de calculs biliaires, elle est jaune, épaisse, et contient un dépôt noirâtre et huileux. L'urine est quelquefois lactescente, laiteuse, dans certaines maladies. On a observé ce phénomène chez les personnes atteintes des phlegmasies des membranes muqueuses, surtout de celles du larynx; ainsi on l'a souvent observé dans le croup : beaucoup

d'enfants, attaqués de vers, de dysphagie, de scrofules, d'engorgement du bas-ventre, ont présenté cette coloration de l'urine.

Ce liquide change ordinairement dans la néphrite : il est le plus souvent d'une couleur rouge foncé; les malades urinent souvent, et en petite quantité. Dans certaines maladies, on a observé des urines roussâtres, noires; elles annoncent presque toujours quelque chose de fâcheux.

Les diverses variétés de coloration de l'urine que nous venons de passer en revue tiennent à ses éléments plus ou moins rapprochés, et produits en quantité plus ou moins considérable; mais elle présente souvent d'autres espèces de coloration, dues à l'introduction dans ce liquide de substances qui lui sont étrangères. La rougeur de l'urine tient souvent à la présence du sang. Cette teinte varie en raison des quantités de fluide sanguin que l'urine contient, depuis la nuance rouge la plus légère jusqu'à un aspect sanglant, vermeil, et même noirâtre. L'état sanguinolent de l'urine est ordinairement dû à une exhalation; cependant elle peut prendre cette teinte par suite de la rupture d'un petit vaisseau sanguin, causée par un calcul anguleux. Il n'est pas rare d'observer l'urine sanguinolente au nombre des symptômes de la néphrite aiguë, de la cystite.

Les commotions violentes produisent quelquefois la rupture de quelques capillaires sanguins, et donnent lieu à un écoulement de sang par les voies urinaires. On a observé par cette voie des déviations de l'écoulement sanguin périodique chez la femme.

Si l'on observe les urines quelque temps après leur émission, lorsqu'une phlegmasie chronique affecte l'une des voies urinaires, il n'est pas rare d'y rencontrer du pus.

J'ai observé dernièrement un cas de ce genre dans le service de M. J. Cloquet. C'était chez un malade atteint de phlegmasie chronique de la vessie, avec végétation fongueuse; les urines de cet individu laissaient déposer une assez grande quantité de pus. Dans le catarrhe de la vessie, la quantité de mucus sécrété va quelquefois jusqu'à former la plus grande partie de l'urine.

Enfin il n'est pas rare de rencontrer dans ce liquide du sable très-fin, des calculs plus ou moins considérables, des matières fécales; des vers, du sperme, et des corps étrangers venus du dehors.

II.

Des différentes espèces de tumeurs des joues, et de leur traitement.

Les joues se composent de parties dures et de parties molles : chacune de ces parties peut être le siége de maladies nombreuses, et surtout de celles que l'on appelle *tumeurs*. On désigne sous ce nom tout état morbide caractérisé par une saillie ou un gonflement dans une partie quelconque du corps. Une définition aussi vague réunit, il est vrai, un grand nombre de choses disparates, et quelques auteurs recommandables ont cherché à en donner une qui fût plus restreinte, et qui réunît des choses plus identiques : ils ont pensé, en conséquence, que l'on ne devait donner le nom de *tumeurs* qu'aux seules augmentations de volume provenant de productions nouvelles, étrangères, sinon à l'économie, du moins aux organes au sein desquels elles se développent. Mais leur manière de voir n'a pas encore été généralement accueillie, et nous suivrons l'ordre adopté par la plupart des auteurs.

Quoi qu'il en soit, nous n'exposerons pas tout à fait au hasard l'histoire des tumeurs des joues : nous tâcherons de rapprocher celles qui ont quelque analogie, en ayant soin toutefois de nous étendre seulement sur celles qui, par leur siége ou leur plus grande fréquence dans cette région, présentent quelque chose de spécial; autrement, nous serions obligé de faire l'histoire générale des tumeurs, puisque toutes peuvent se développer sur les joues.

Ulcères cancéreux du visage. — Cette maladie ne se manifeste guère

que chez les adultes et les vieillards; elle se développe plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Ces ulcères ne débutent pas toujours de la même manière, et ne se présentent pas toujours sous la même forme. Quelquefois ils se manifestent par un petit bouton qui ne dégénère que longtemps après son apparition, lorsqu'il n'est pas irrité. Il importe beaucoup de distinguer ce bouton de ceux qui n'ont rien de malin. Ceux-ci offrent un collet circulaire; ils ont une surface tantôt égale, sans être luisante, tantôt inégale, et présentent souvent quelques poils : les autres ont une base large, une circonférence qui n'est pas toujours arrondie. Quelquefois ils ont la forme d'une plaque très-peu saillante; leur surface, souvent parsemée de lignes rouges, est lisse, luisante, et ne donne jamais insertion à aucun poil; ils sont compactes, tandis que les autres sont mous, celluleux et vasculaires.

Les ulcères cancéreux se forment d'une autre manière. Quelquefois on n'aperçoit sur le visage qu'une petite tache jaunâtre, à peine saillante, formée par une concrétion desséchée; à la chute de cette croûte légère, arrivée naturellement, ou provoquée par des attouchements indiscrets, on s'aperçoit que la surface du derme n'est pas saine : elle est excoriée, rouge, et couverte de granulations. Si cette chute se renouvelle souvent, elle laisse à la fin une ulcération bien caractérisée.

Quel que soit le mode de développement de ces cancers, ils offrent une marche et un aspect divers : tantôt leur surface inégale offre des bords durs, renversés, taillés à pic ; tantôt elle présente de petites granulations; tantôt, enfin, elle se couvre d'une couche sèche grisâtre. Le pus qui s'en exhale est ichoreux, peu abondant, et, contrairement à celui des autres parties du corps, il n'est pas fétide. Les téguments qui l'environnent sont sains, ou bruns, ou livides. On trouve quelquefois de ces cancers de la joue qui sont pédiculés, et revêtent la forme d'un champignon.

Leur marche est tantôt lente et tantôt rapide : quelquefois, après avoir fait certains progrès, ils restent stationnaires ; dans d'autres

cas leur marche est incessante, et, si l'art ne vient pas les arrêter, ils font les plus grands ravages.

Comme ceux des autres parties du corps, ces cancers peuvent s'être manifestés spontanément, ou sous l'influence d'une diathèse cancéreuse. Il importe beaucoup, pour le succès de l'opération qu'on veut opposer à leurs progrès envahissants, de connaître leur mode de développement. Si la maladie est locale, et tient à la dégénérescence d'un bouton de mauvaise nature, ou à l'irritation longtemps prolongée d'un bouton simple, l'opération offre de grandes chances de succès ; mais si des cancers se sont manifestés dans d'autres parties du corps, il est inutile d'ajouter la douleur de l'opération à celle du mal, qui ne manquerait pas de repulluler avec promptitude.

Traitement. — Trois moyens principaux ont été employés pour obtenir la guérison de ces cancers, ce sont : les caustiques, le fer incandescent, et le bistouri. Le cautère actuel a été rejeté par la plupart des praticiens, à cause de l'effroi qu'il cause aux malades et des inconvénients qui résultent de son emploi. L'instrument tranchant et les caustiques sont seuls restés d'un usage général, encore ces derniers sont-ils moins souvent employés que le premier : ils offrent toutefois cet avantage, qu'ils inspirent peu de crainte aux malades. Cependant, on ne doit pas employer avec indifférence les caustiques et l'instrument tranchant; ce dernier est préférable toutes les fois que l'inégalité de la surface de l'ulcère est considérable et offre de fortes saillies. Lorsque l'on en fait usage pour enlever une de ces petites tumeurs cancéreuses, on la cerne par une ou plusieurs incisions, en empiétant de quelques lignes sur les téguments sains, et l'on a soin d'enlever tout ce qui est suspect. Le traitement de la plaie doit être celui d'une plaie simple.

Si la maladie avait fait de tels progrès, qu'il fût impossible à l'art d'en espérer la guérison en opérant, il faudrait se garder d'abandonner le malade. On devrait alors avoir recours aux moyens internes et externes qui ont été préconisés en semblable occurrence : les

opiacés à l'intérieur et à l'extérieur seraient mis en usage; on pourrait aussi administrer l'extrait de ciguë à l'intérieur, la décoction de douce-amère, de saponaire. Un régime adoucissant serait prescrit au malade.

Tumeurs squirreuses et cancéreuses des joues. — Nous n'avons rien de particulier à en dire, si ce n'est qu'elles ne se montrent pas toujours à l'extérieur; il n'est pas rare de les voir se développer à la face interne des joues, dans la membrane muqueuse de la bouche, et dans le tissu cellulaire qui l'unit au muscle buccinateur. Leur marche est prompte et rapide; elles acquièrent bientôt un grand développement, ce qui met dans la nécessité de les enlever le plus tôt possible.

Ce que nous avons dit des moyens propres à obtenir la cure radicale des ulcères cancéreux des joues s'applique aux tumeurs dont nous parlons; seulement il faut modifier leur emploi selon la forme, l'étendue et les prolongements de la maladie. Le traitement palliatif est aussi le même, et il s'applique à toutes les tumeurs cancéreuses qui se développent et dans les parties dures et dans les parties molles.

Ostéo-sarcôme des branches de la mâchoire inférieure.

Cette maladie peut être le résultat de l'extension d'un cancer des parties molles qui environnent l'os maxillaire à cet os lui-même; une épulis dégénérée peut également lui avoir donné naissance. Dans quelques cas, et ce sont les moins fréquents, la maladie a commencé dans l'os lui-même : alors elle reste longtemps bornée aux parties où elle s'est primitivement développée, et elle peut acquérir un grand volume sans envahir les parties molles. Dans cette circonstance, elle se présente avec un aspect remarquable : les dents, ébranlées et déviées, paraissent implantées çà et là sur la tumeur; la lèvre inférieure est tendue, et elle laisse continuellement échapper la salive. Lorsque la maladie a commencé par les parties molles, elle présente des végétations cancéreuses rouges, saignantes, qui s'élèvent de sa substance.

Quel que soit, du reste, son mode de développement, elle peut offrir des saillies qui se portent tantôt en dedans, tantôt en dehors, et qui, dans tous les cas, donnent lieu à de grandes difformités. Lorsque la tumeur a commencé par les parties molles, l'os de la mâchoire peut n'être malade que superficiellement. Il importe de connaître ce fait, qui porte à ménager des parties qui peuvent empêcher une difformité.

Le pronostic de cette maladie est toujours grave : il n'y a qu'une opération qui puisse en arrêter les progrès; encore voit-on quelquefois le mal repulluler.

Traitement. — Avant Dupuytren l'ostéo-sarcôme des branches et du corps de l'os maxillaire était abandonné à lui-même, et la mort en était le résultat inévitable. Une visite qu'il fit à l'hôtel des Invalides lui suggéra l'idée d'enlever cette maladie. Il vit là un certain nombre d'invalides à qui le boulet avait enlevé une partie de la mâchoire, et qui n'en avaient pas moins conservé la vie : il pensa que la chirurgie pourrait obtenir de pareils résultats. Il opéra donc des ostéo-sarcômes de la mâchoire inférieure, et il obtint un grand nombre de succès. Depuis lors cette opération a été fréquemment pratiquée, et souvent la guérison a été obtenue. Dupuytren a d'abord opéré sur le corps de la mâchoire. Comme nous n'avons pas à nous occuper des tumeurs de cette partie, nous nous bornerons à parler de celle qui a été pratiquée pour faire l'ablation des branches. Cette opération n'a jusqu'alors été soumise à aucune règle fixe : l'étendue du désordre, le désir d'éviter une grande difformité et le génie du chirurgien, ont fait varier les procédés opératoires, aussi nous bornerons-nous à exposer les principaux procédés qui ont été mis en usage.

M. Gensoul a suivi un procédé fort simple pour désarticuler l'os maxillaire inférieur d'un côté. Il mit cet os à découvert dans toute sa moitié droite, par l'incision des parties molles, et le divisa près de la symphyse. Il saisit alors la partie malade de l'os, porta le bistouri alternativement en dedans de la bouche, et au-dessous du bord de l'os maxil-

laire, de manière à diviser toutes les parties qui l'unissaient à la langue, à l'os hyoïde et à l'apophyse ptérygoïde. A l'aide de forts ciseaux courbes il coupa l'attache du temporal à l'apophyse coronoïde. La portion malade de la mâchoire put alors être renversée en dehors; il ouvrit l'articulation, et l'opération fut bientôt terminée.

Dans un cas d'ostéo-sarcôme, M. Lisfranc a pratiqué une incision transversale étendue depuis la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure jusque sous l'angle inférieur de l'os maxillaire en dehors. Il a disséqué les parties molles, et, après avoir relevé les lambeaux, il a divisé l'os en arrière, au niveau de la branche de la mâchoire, avec une scie en crête de coq; il a ensuite pratiqué la section de la symphyse du menton avec une scie ordinaire.

Pour découvrir plus facilement la partie de l'os malade, au lieu d'une seule incision, d'autres praticiens en ont fait deux, et même trois, une verticale, partant de la lèvre inférieure, une transversale, et une troisième, enfin, parallèle à la branche montante de la mâchoire. Au lieu de la scie en crête de coq on s'est aussi servi de la scie en chaîne, conduite par une aiguille. Au reste, l'appareil opératoire est le même que pour l'ablation du corps de la mâchoire.

D'après cet exposé, on peut juger d'une manière approximative la conduite à tenir en pareil cas; et si les procédés opératoires doivent être modifiés selon la nature du cas que l'on traite, c'est à la sagacité du chirurgien, qui voit le siége et l'étendue du désordre, à apprécier modifications.

Lorsque le fragment d'os malade est enlevé, on lie les vaisseaux, ou l'on cautérise leur orifice, si la ligature paraît d'une application difficile; on procède ensuite au pansement. Il consiste à rapprocher les bords de la plaie par des points de suture entortillés, à couvrir la plaie extérieure d'un emplâtre de cérat fenêtré, de charpie et de compresses, et l'appareil est terminé par l'application d'un bandage convenable.

Si, comme nous l'avons dit, la tumeur n'avait envahi qu'une partie de l'os, on pourrait l'enlever avec la gouge et le maillet, et cautériser profondément la partie de l'os sur laquelle elle reposerait.

Dans l'un et l'autre cas, le malade est soumis au régime de toutes les blessures graves.

Tumeurs variqueuses ou fongueuses sanguines congéniales. — Les joues sont assez souvent le siége de tumeurs appelées *variqueuses* ou *fongueuses sanguines congéniales.* Quoique ces tubercules se développent sur les autres parties du corps, nous devons en dire cependant quelques mots, parce qu'on peut les confondre avec les *nævi materni*, ou taches de naissance, qui se développent le plus souvent sur les joues. Ces tumeurs sanguines congéniales s'annoncent par des taches rosées, lie de vin, que les enfants apportent en naissant. Ces taches ont ordinairement peu d'étendue, et elles présentent beaucoup d'analogie avec une morsure de puce : elles restent quelquefois très-longtemps stationnaires ; d'autres fois elles se développent dans l'âge le plus tendre. Dans l'un et l'autre cas, elles s'étendent d'abord en largeur, elles s'élèvent, envahissent le tissu cellulaire sous-cutané, et une tumeur se forme. Leur marche est souvent irrégulière : après un accroissement rapide, elles font des progrès plus lents ; quelquefois elles restent stationnaires. Rondes, circonscrites ou irrégulières, elles ont une surface tantôt lisse, tantôt inégale. Rénitentes, compressibles, élastiques, elles présentent quelquefois de la mollesse et de la fluctuation. Dans certains cas, leur surface entière est rouge ; dans d'autres, cette rougeur n'en recouvre qu'une partie. Ces tumeurs peuvent être formées par la dilatation des vaisseaux veineux ou artériels ; le plus souvent elles le sont par ces derniers. Il n'est pas très-rare de rencontrer la dilatation des grosses branches artérielles. Si l'on examine leur structure, on lui trouve beaucoup d'analogie avec celle du corps caverneux.

Traitement. — Deux moyens, la compression et l'extirpation, ont été employés pour arrêter et détruire les tumeurs sanguines des joues. Toutes les fois que l'on peut avoir un point d'appui, comme dans le cas où elles siégent sur l'os malaire, ou sur une des branches de l'os maxillaire inférieur, on peut avoir recours à la compression. L'instru-

ment tranchant, au moyen duquel on doit cerner la tumeur, et l'enlever en totalité, doit être employé dans les autres circonstances.

Ces tumeurs, comme il est facile de s'en convaincre, doivent être distinguées avec soin des taches de naissance. Celles-ci ne prennent jamais un grand développement; elles ont un aspect jaunâtre, brun ou rouge foncé : leur tuméfaction, lorsqu'elle existe, n'est jamais considérable, et leur surface, plus ou moins inégale, est quelquefois comme chagrinée. Ces taches sont innocentes; elles ne réclament jamais aucune opération, tandis que les autres, abandonnées à elles-mêmes, deviennent quelquefois des maladies redoutables.

Que dirons-nous de la *tuméfaction inflammatoire*, de l'*anthrax*, du *furoncle*, de la *pustule maligne*, des *loupes* et du développement des *follicules sébacés*? Ces affections ne présentent rien de particulier sur les joues; seulement on peut dire qu'après les mains c'est aux joues que se développe le plus souvent la pustule maligne, qui reconnaît pour cause le contact d'animaux atteints de fièvres malignes et charbonneuses, ou de substances animales altérées. Les causes, les symptômes de ces maladies, les altérations dont elles s'accompagnent et qu'elles laissent après la mort, leur traitement enfin, sont les mêmes, dans la région dont nous nous occupons, que partout ailleurs. Il n'y a qu'une remarque à faire : c'est qu'ici, comme dans toutes les affections qui attaquent la face, on ne doit pas seulement avoir pour but la guérison, on doit aussi chercher à l'obtenir avec le moins de difformité possible.

Toutes les fois que l'on opère sur les joues, on doit aussi prendre garde de léser le conduit de Sténon; cette lésion pourrait exposer le malade aux inconvénients d'une fistule salivaire. Mais on l'évitera facilement, si l'on se rappelle qu'il tient une ligne qui, partant du lobule de l'oreille, irait se rendre à la partie inférieure de l'aile du nez correspondante. En général, lorsqu'une tumeur se développe dans les joues, le chirurgien doit chercher, le plus tôt possible, à en déterminer la nature, et agir promptement : dans le cas, en effet, où il faut opérer, on

évite au malade une difformité considérable par le peu d'étendue de la plaie; si, au contraire, on a l'espoir d'obtenir la guérison sans avoir recours à l'instrument tranchant, on a l'avantage d'agir sur une tumeur récente, et qui n'a pas encore pris un accroissement considérable. Quoique, dans cette dernière circonstance, les exemples de guérison ne soient pas très-communs, les annales de la science en offrent cependant quelques-uns. Dans certains cas de méliçéris et d'athérômes récents qui avaient pris tout à coup un accroissement assez considérable, Chopart, après les avoir vidés au moyen du trois-quarts, en a obtenu la guérison en y injectant un liquide excitant. Valsalva et Morgagni sont parvenus souvent à obtenir la résolution de certaines tumeurs de la face par des applications prolongées d'eau de sureau et d'ammoniaque liquide.

Exostoses. — Les joues peuvent être le siége d'exostoses développées sur l'os malaire, ou les branches de l'os maxillaire inférieur. On les reconnaît à leur saillie, à leur dureté, et aux autres signes qui caractérisent les tumeurs de ce genre, comme l'augmentation de la douleur la nuit. Quelquefois elles sont accompagnées d'autres signes d'une infection générale. Pour en obtenir la guérison, il faut mettre le malade au traitement des maladies syphilitiques.

Des corps étrangers venus du dehors peuvent former des tumeurs dans les joues. Les procédés employés pour les extraire seront déterminés par la nature de l'accident; seulement on devra toujours craindre la difformité, et ce ne sera qu'avec la plus grande réserve que l'on fera des incisions et des débridements.

III.

Des lois qui président à la distribution des nerfs dans les muscles.

Deux systèmes de nerfs portent dans tous les organes la sensibilité et le mouvement : ce sont les nerfs céphalo-rachidiens, d'une part, et le grand sympathique de l'autre. Les uns président aux mouvements volontaires, les autres aux mouvements involontaires. Ces deux systèmes ont de fréquents points de contact, ils offrent de nombreuses anastomoses.

Le point de vue sous lequel nous allons envisager les nerfs s'appliquera spécialement à ceux du système céphalo-rachidien. Sortis des parois osseuses du crâne et de la cavité de la colonne vertébrale, les nerfs de ce système vont se rendre dans une foule de points de l'économie, et surtout dans les muscles, qui, après les organes des sens, sont ceux qui en reçoivent le plus.

La nature ne présente rien d'épars, d'isolé : partout elle nous montre l'ordre, l'harmonie; et au milieu de tous les être soumis à des lois générales, le corps humain a aussi les siennes. Si cette belle machine présente dans son mouvement un accord si harmonieux, cela tient à la régularité de la distribution de ses parties; et les muscles eux-mêmes n'exécutent leurs fonctions avec une précision si grande, que parce que les nerfs qui leur apportent la sensibilité et le mouvement sont réguliers dans leur distribution.

La simplicité ou la complexité d'un tout entraîne nécessairement avec elle la simplicité ou la complexité de chacune de ses parties. C'est de ce point de vue que nous allons partir pour résoudre notre question. Si nous suivons les nerfs se dirigeant vers les muscles, nous verrons qu'avant de pénétrer dans leur substance ils échangent mutuellement leurs branches, et forment des entrelacements que l'on appelle plexus. La complication de ces plexus est proportionnée au nombre des muscles qu'ils doivent fournir, et à la variété des combi-

naisons dans lesquelles entrent ces muscles. Les nerfs qui se distribuent à la face, ceux des parties latérales du cou, constituent des plexus: là c'est un entrelacement considérable; ici ce sont des plexus qui, à cause de leur position, ont reçu le nom de cervicaux. Mais les grands plexus, ceux qui sont destinés à fournir des nerfs à des muscles obligés à des mouvements grands, nombreux et variés, se trouvent à l'origine des membres: ainsi nous voyons le plexus brachial destiné au membre thoracique, et les plexus lombo-sacré et sciatique au membre abdominal. Veut-on voir, d'un autre côté, la simplicité de la distribution des nerfs, on n'a qu'à examiner ceux qui se portent aux parois thoraciques et abdominales.

Ainsi toutes les fois que les parties auxquelles les nerfs doivent se distribuer sont peu complexes, leur distribution est fort simple; lorsque les parties sont compliquées, au contraire, les nerfs présentent une complication proportionnée.

Une autre loi, non moins invariable que celle que nous venons de faire connaître, c'est que les muscles reçoivent d'autant plus de nerfs que leurs fibres sont plus nombreuses, et que leur activité est plus grande : aussi la langue, qui reçoit des branches de plusieurs troncs de nerfs, est elle, de tous les organes contractiles soumis à la volonté, celui dont les mouvements sont les plus libres, les plus étendus, les plus variés.

La terminaison des nerfs dans les muscles est un point assez important pour que nous en parlions. Ils se terminent en filaments très-déliés, qui parcourent un long trajet dans ces organes. M. Cruveilhier pense que chaque filament est disposé de manière à toucher un grand nombre de fibres musculaires, et qu'il n'est peut-être pas une seule de ces fibres qui ne soit ainsi effleurée par quelque filament.

IV.

Donner la description des vers vésiculaires généralement désignés sous le nom d'hydatides.

On donne ce nom aux vers vésiculaires qui se développent dans le corps de l'homme et des animaux.

On a divisé les hydatides en plusieurs genres distincts. Ces genres sont : les acéphalocystes, les cysticerques, les polycéphales, les échinococcus et les ditrachycéros.

Parmi ces vers vésiculaires, ce sont les acéphalocystes qui tiennent le premier rang : elles sont presque les seules, en effet, que l'on rencontre dans le corps de l'homme; aussi c'est par elles que nous allons commencer notre description.

Le caractère générique de ces vers intestins est d'être constitué par une simple vessie à parois non fibreuses, d'une forme parfaitement sphéroïdale, d'une transparence ordinairement parfaite, et n'offrant nulle trace de corps ni de tête. Ils étaient généralement confondus autrefois avec les kystes séreux, et on ne les a regardés comme des êtres vivants que depuis que l'on a reconnu qu'ils ont une existence indépendante au sein des organes où ils se développent fréquemment, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Leur volume est très-variable : on en a rencontré qui pouvaient égaler la tête d'un fœtus, tandis que l'on en a trouvé d'autres que l'œil pouvait à peine apercevoir.

Les acéphalocystes sont, en général, transparentes comme du pur cristal ; il est rare que le liquide qu'elles contiennent soit troublé : leurs parois présentent cependant assez souvent une teinte opaline. En général on peut dire que lorsque ces vers vésiculaires présentent quelque coloration, ils la doivent aux liquides avec lesquels ils sont en contact.

Leurs parois sont formées d'une substance homogène, très-friable,

sans fibres ni vaisseaux, et elles ressemblent à du blanc d'œuf coagulé. Simples et indécomposables dans les acéphalocystes de petite dimension, elles peuvent se diviser en plusieurs lames dans les plus grandes. Ces pellicules internes déchirées flottent souvent au milieu du liquide en flocons demi-transparents, comme réticulés et plissés sur eux-mêmes. Lisses et unies à leur surface extérieure, ces parois offrent souvent à leur surface interne des inégalités et des épaississements, les uns irréguliers, blancs, plus ou moins étendus en surface, d'autres sphériques, blancs, opaques, laissant voir dans leurs intervalles la transparence des parois de l'acéphalocyste; d'autres, enfin, ayant l'apparence de germes ou de bourgeons.

C'est d'après la forme de ces divers corps contenus dans les parois des acéphalocystes, que Laennec a divisé ce genre en trois espèces qu'il nomme *acephalocysta ovoidea*, *acephalocysta granulosa, acephalocysta surculigeva.* Outre ces trois espèces, M. H. Cloquet en a encore établi deux autres : l'une qu'il nomme *acephalocysta plana,* à cause de l'apparence lenticulaire des vésicules; l'autre qui est faite pour les hydatides, ces grappes que l'on trouve souvent dans l'utérus.

Ces épaississements constituent des corps dont les plus petits sont pleins, tandis que les plus considérables contiennent dans leur centre une petite cavité; ils peuvent être aussi transparents que les parois de l'acéphalocyste.

La plupart des auteurs ont regardé ces diverses espèces de corps comme de petites acéphalocystes contenues dans de plus grandes. M. Cruveilhier n'admet pas cette manière de voir : il dit n'avoir jamais rencontré ces vers vésiculaires contenus les uns dans les autres, et il pense que l'on a pris pour des acéphalocystes ces pellicules internes flottant déchirées au milieu du liquide; car il n'y a, selon lui, que la membrane qui recouvre le kyste dans lequel elles sont contenues, qui puisse leur donner naissance.

Les acéphalocystes peuvent être solitaires ou multiples. Les premières se manifestent plus souvent chez les animaux, les secondes envahissent plus souvent les organes de l'homme : celles-là se développent rare-

ment dans un seul point; celles-ci se manifestent rarement dans plusieurs organes.

Solitaires ou multiples libres ou réunies en grappes et adhérentes, les acéphalocystes sont toujours renfermées dans un kyste composé de plusieurs lames; et qui présente une trame celluto-fibreuse.

Cysticerques. — Ce genre comprend les vers vésiculaires qui ont un corps presque cylindrique, ou légèrement déprimé, terminé par une vésicule caudale, et pourvu d'une tête très-petite, obronde ou ovoïde, terminée par une trompe obtuse et garnie à sa base de quatre suçoirs. La base de la trompe est couronnée par une ou deux rangées de petits crochets allongés, cylindroïdes, imperforés; la tête est supportée par un cou rétréci. La vessie caudale renferme un peu de sérosité limpide.

Les cysticerques peuvent exécuter quelques mouvements d'ondulation; ils peuvent dilater, resserrer leur vessie caudale, et faire quelques mouvements avec leur tête et leur cou : presque toujours ils sont contenus dans des kystes membraneux avec une sérosité plus ou moins abondante. Les cysticerques n'ont guère été trouvés chez l'homme. C'est à leur présence qu'est due la maladie des porcs connue sous le nom de *ladrerie*.

Polycéphales. — Ce sont des vers vésiculeux qui ont un corps cylindrique, allongé, ridé, terminé par une vessie commune à plusieurs individus, et une tête pourvue de quatre suçoirs et de deux couronnes de crochets.

On en distingue deux espèces : le *polycéphale cérébral* et le *polycéphale granuleux*.

Le premier cause, chez les veaux, les bœufs, les brebis, la maladie que l'on connaît sous le nom de *tournis*. Laennec a rencontré le second chez l'homme.

Echinococcus. — Dans ce genre, il existe une vessie caudale com-

mune, à la surface interne de laquelle s'insèrent des corpuscules multiples, qui constituent autant d'individus séparés. Leurs corps pyriformes, rétrécis vers le lieu de leur insertion, ont une tête armée d'un seul rang de crochets et dépourvue de suçoirs. Ces corps sont très-petits, et cependant la vessie à laquelle ils s'insèrent peut acquérir un volume assez considérable. Ils ont été trouvés chez l'homme.

Ditrachycéros. — Ce genre présente un corps ovale enveloppé dans une tunique lâche, à tête surmontée de deux prolongements en forme de cornes recouverts de filaments. Du reste, ce genre est encore un objet de discussion parmi les naturalistes.





